

Allegato 1 Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico
dell'IC 'S.G. Calasanzio'

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... docente / personale ATA dell'I.C
Calasanzio in servizio presso la sede di.....,
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....
della classe.....

dichiara la propria disponibilità

alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta.

FIRMA

Data